" G E S U N D H E I T U N D L E B E N "

Amtsblatt der Gesundheitskammer

im Generalgouvernement.

Nr. 42 (110) Jahrgang III. Krakau, den 25.Oktober 1942.

Schriftleitung: Dr.med. Werner K r o l l, Krakau, Albrechtstr.11a. Verlag: Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a. Fernsprecher: 105-24. Verantwortlich für Anzeigen: W.v. W ü r z e n . Bankkonto: Creditanstalt - Bankverein, Krakau, Adolf Hitler Platz Ecke Schustergasse, Postscheckkonto: Warschau 73. Drahtanschrift: Gesundheitskammer Krakau. Bezugspreis Zl 3.-- monatlich.

Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich.

Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennzifferanzeigen usw. stets an den Verlag Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Schriftsätze für den Textteil an die Schriftleitung von "Gesundheit und Leben" Krakau, Albrechtstrasse 11a, oder an die Distriktsgesundheitskammer Warschau, Koszykowa 37. Manuskripte können sowohl in deutscher wie auch in polnischer Sprache eingesandt werden. Unaufgefordert eingesandte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn Freiporto beigefügt ist.

Inhaltsverzeichnis :

Aus der Neurologisch - Psychiatrischen Klinik
der Staatlichen Krankenanstalten Krakau
Leitender Arzt Dr.med. Hellmut S o p p .

Zur Klinik der Poliomyelitis.

Von Dr. H. S o p p ,

Es gibt wenig Erkrankungen, die so einschneidend und meist tragisch das Schicksal eines Menschen erfassen wie die Poliomyelitis /P./. Scheinbar aus voller Gesundheit heraus werden frische fröhliche Kinder von schweren Lähmungen überfallen, von denen häufig erhebliche Einschränkungen in der Gesamtmotorik mit entstellenden Atrophien und vielfachen vegetativen Störungen zurückbleiben. Aber auch quoad vitam ist die Prognose durchaus ernst. Nach der Reichsstatistik betrug die Zahl der Todesfälle in Deutschland im Jahre 1927, also einer Zeit durchschnittlicher Erkrankungsfrequenz 363 auf 2700 Gesamtfälle. Die grosse Kölner Epidemie hatte bei 551 Erkrankungen 44 Todesfälle. Da die P. eine ganz ungewöhnlich reichhaltige Semiotik bietet und wir uns dem jährlichen Gipfelpunkt dieser Seuche nähern, rechtfertigt sich eine klinische Zusammenfassung und Darstellung der eigenen Erfahrungen. Es soll dabei vorwiegend die praktische Epidemiologie sowie die Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die P. in den letzten 20 Jahren häufiger geworden ist /Pette/. Durch die grossen Epidemien vor allem in Schweden und Amerika haben wir einen tiefen Einblick in die Vielgestaltigkeit des klinischen Bildes bekommen. Auch die Anatomie der P. wurde eingehend erforscht. Sie ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sich die Erkrankung ausschliesslich am Zentralnervensystem /Z.N.S./ äussert. An inneren Organen werden spezifische Veränderungen regelmässig vermisst. Bei gelegentlich gefundenen Milz-Tumoren, Schleimhautulzerationen etc. handelt es sich um sekundäre Veränderungen /Heinlein/. Die pathologisch-anatomischen Bilder am Z.N.S. sind von einer übereinstimmenden Spezifität und korrespondieren genau dem klinischen Bilde. Soweit sie zum Verständnis der Symptomatik erforderlich sind, seien sie kurz in Erinnerung gebracht:

Im histologischen Bild ist der Prozess charakterisiert durch die Schädigung der Ganglienzelle, die von der akuten Zellerkrankung Nissls bis zur völligen Neuronophagie führt. Klinisch bedeutsam ist, dass wie immer im Z.N.S. eine unspezifische ausgedehnte mesodermalgliöse Reaktion beobachtet wird. Diese allgemeine Gewebsreaktion entwickelt sich in dem gesamten Bindegewebestützapparat einschliesslich der Blut - u. Lymphgefässe. Die meningealen Symptome sind pathogenetisch auf diese Reaktion zurückzuführen. Es ist jedoch zu betonen, dass die P. eine elektive Parenchymerkrankung der Vorderhörner ist; in der Oblongata, Pons, Kleinhirn u. Hirnstamm sind die entsprechenden grossen motorischen

Ganglienzellen beteiligt. Wenn auch eine Bevorzugung der Medulla bei der P. festgestellt ist, so muss doch hervorgehoben werden, dass niemals das Grosshirn verschont bleibt /Pette, Harbitz, Schael, Wickman, Peters u.a./. Wohl kann das Umgekehrte vorkommen, worauf weiter unten zurückzukommen ist.

Terminologisch ist daher der Name "Spinale Kinderlähmung" abzulehnen, da auch in zunehmendem Masse Erwachsene erkranken. Die Bezeichnung "epidemisch" wird den sporadischen Fällen nicht gerecht. Entsprechend dem anatomischen Befunde ist die Benennung "Poliomyelitis" vorzuziehen oder in dankbarer historischer Erinnerung an die Erstbeschreiber "Heine-Medinsche Krankheit".

Über die Aetiologie ist eine volle Übereinstimmung bis heute noch nicht erreicht. Die meisten Forscher fassen die P. als eine durch ein filtrierbares Virus erzeugte Infektionskrankheit auf. Gerade in jüngster Zeit sind aber aus dem Lager der Hygieniker sehr wichtige Einwände gekommen. Der Leiter des Hamburger Forschungsinstituts für Epidemiologie bringt mit einer Renaissance der Sydenham-Pettenkoferschen Theorie der Seuchenentstehung eine ganze Reihe sehr wichtiger Einwände gegen die Lehre von der Kontagiosität der P. Die gasförmigen "miasmatischen" Emanationen, die sich nach Art eines Gärungsprozesses aus chemischen Prozessen in einen örtlich disponierten siechhaften Boden in essentieller Spezifität entwickeln, stellen die primären Krankheitsursachen dar, die zu einer Bodengas-Intoxikation des Blutes und der Gewebe des Organismus führen. Es kommen dann zu den tellurischen noch kosmische Bedingtheiten wie Periodizität der Sonnenflecken, klimatische Einflüsse u.v.a. Diese durch ein reiches Erfahrungsmaterial gestützte Hypothese verlangt bei der bis heute unklaren Epidemiologie der P. grosse Beachtung. Eine sorgfältige Kasuistik, an der vor allem die praktischen Ärzte mitarbeiten müssen, ist erforderlich, und bei der Bedeutung der Seuche von eminenter Wichtigkeit.

Die P. wurde bisher zu Unrecht als eine Krankheit mit geringer Morbiditätsdichte aufgefasst. Durch überzeugende klinische Erfahrungen, vor allem von Pette, Kleinschmidt, C. Coerper u.a. wissen wir, dass sich die P. keineswegs auf die Zustandsbilder mit Lähmung beschränkt. Es ist im Gegenteil als sicher anzunehmen, dass die P. zu Epidemiezeiten als Pandemie auftritt und dass eine Durchseuchung der Gesamtbevölkerung eintritt. Nur in einem ganz geringen Prozentsatz führt eine Erkrankung an P. zu Lähmungen. Klink, Wernstädt, Petterson haben im Umkreis von P.- Kranken im Nasen- u. Rachensekret in ausgedehntem Masse durch Tierversuch Virus nachgewiesen. Die Serologen fanden, dass im Blut nicht manifest p.-krank gewesener Personen spezifische Antikörper vorhanden sind, sodass die Möglichkeit einer symptomlosen Immunisierung oder einer stillen Feiung im Sinne Pfaundtlers gegeben ist. Darüber hinausgehend ist durch die Untersuchungen von Pette und Joppich die Frage der unterschwelligen Infektion und der abortiven Erkrankung hinreichend geklärt. Joppich untersuchte bei 74 an P. erkrankten Ausgangsfällen 155 Umgebungspersonen. In 74 Fällen fand sich eine positive Krankheitsanamnese, in 7 Fällen spezifisch für

P. Im ganzen wurden bei 52 Kindern, die die Eltern für gesund gehalten hatten, pathologische Befunde erhoben. In 13 Fällen wurde eine akute P. mit Bestimmtheit diagnostiziert. Die Liquor-Untersuchung ergab in 1/3 der Fälle pathologische Befunde, die ganz klar auf eine Erkrankung an P. zurückzuführen waren. Es ergibt sich mithin die praktisch so überaus belangvolle Aufgabe, das klinische Bild der P. zu erweitern und sich vor allem von der Vorstellung freizumachen, dass nur eine P. zu diagnostisieren sei, wenn Lähmungen manifest sind.

Eine kurze Darstellung der Klinik der P. ist aufzuteilen einmal nach den zeitlichen Verhältnissen zum anderen nach den besonderen Verlaufsformen.

1. Das Vorstadium,
2. das Frühstadium,
3. das akute Stadium,
4. Stadium der Reparation,
5. Endstadium.

Ich habe diese Einteilung gewählt, weil sie vor allem zum Verständnis der leichten Fälle beitragen kann. Bei sorgfältiger Anamnese ist fast immer ein der manifesten Erkrankungen vorausgehender Infekt nachzuweisen. Wir wissen heute, dass diese Vielzahl der katarrhalischen Erscheinungen wie Schnupfen, Laryngitis, Anginen, Gastroenteritiden u.a. nur mittelbar zur P. gehören und nicht Ausdruck des spezifischen neuralen Infektes sind. Pette bezeichnet ihn als unspezifischen Infekt und schreibt ihm Bedeutung im Sinne der Wegbahnung zu. Kranke dieser Art sind daher noch nicht eigentlich p.-krank, sondern in Epidemiezeiten nur erheblich p.-gefährdet.

Die schwereren klinischen Erscheinungen schleichen sich dann allmählich ein. Nur selten ist der Beginn akut. Entsprechend der pathologisch-anatomisch nachgewiesenen mesodermalgliösen Reaktion kommt es vornehmlich zu meningealen Reizerscheinungen. Es treten Schmerzen auf, die häufig segmentär begrenzt sind und in den Rückenmarkssegmenten liegen, die später parenchymal erkranken. Die Schmerzen strahlen in die Extremitäten und leider auch in die inneren Brust - u. Bauchorgane aus, wodurch die Diagnose besonders bei Frauen und Kindern sehr erschwert wird. Verwechslungen mit Appendizitis oder gynäkologischen Affektionen sind nicht ganz selten. Der Nachweis meningealer Reizsymptome, in Sonderheit ein positiver Kernig geben Hinweis für die weitere Untersuchungsführung. Die Nackensteifigkeit kann so ausgeprägt sein, dass eine Meningitis angenommen wird. Dies zeigt ein Fall eigener Beobachtung aus den letzten Tagen:

> Vierjähriger Knabe erkrankt mit Kopfschmerzen und zunehmender Nackensteifigkeit. Trotz eines für septische Meningitis uncharakteristischen Liquors werden Sulfonamilamide in grosser Menge auch intralumbal mit erheblicher toxischer Wirkung gegeben. Der weitere Verlauf beweist dann die P. Leider erholte sich das Kind von der Vergiftung mit dem Sulfonamilamide nicht mehr.

Kinder zeigen schon bei leichten meningealen Reizungen sehr häufig die Unfähigkeit, in sitzender Stellung den Mund mit den Knien zu berühren, sog. "Spine-Sign" oder das "Dreifusszeichen": Das aufgesetzte Kind stützt mit den Händen schräg nach hinten auf, um die schmerzende Wirbelsäule zu entlasten.

Erbrechen, oft als erste Zeichen, ist gelegentlich sehr schwer. Die Gesichtsfarbe ist blass, der Ausdruck ängstlich oder apathisch. Sehr häufig sind allgemeine vegetative Funktionsstörungen, die ich als Ausdruck einer obligaten Beteiligung des Dienzenphaloen auffasse, worauf weiter unten zurückzukommen ist. In gleicher Richtung deuten die Symptome der psychomotorischen Unruhe, der Schlafsucht und die so sehr charakteristische allgemeine Überempfindlichkeit der Kranken gegen jede Berührung, die ich auf eine vielleicht toxische Beteiligung des Thalamus zurückführen möchte. Motorische Reizerscheinungen, amentielle und komatöse Zustandsbilder werden seltener beobachtet, ebenso Herpes spl. und Exantheme.

Der Fiebertypus ist unregelmässig. Häufig ist der biphasische Verlauf /Dromedartyp der Fieberkurve/ P.- ohne Fieber gibt es nicht. Die Angaben der Eltern sind immer mit Kritik zu verwerten. K.H. Schaffer beschreibt einen Fall, in dem ein vierjähriger Junge "völlig gesund" zu Geschwisteruntersuchungen zu Fuss in die Klinik kam. Neben deutlichen meningitischen Zeichen und Liquorveränderungen hatte er 39,50.

Eine Darstellung der weiteren Stadien liegt ausserhalb der Intention des Aufsatzes.

Vor Besprechung der einzelnen Krankheitsformen sind noch verschiedene praktisch bedeutsame Tatsachen zur Pathogenese nachzutragen. Wir wissen wenig über die Virulenzschwankungen und den Genius epidemicus der P. mit ihrem scheinbar wahllosen und schicksalhaft anmutenden Herausgreifen einzelner Individuen. De Rudder fand enge Zusammenhänge zwischen Klima und P. Oft drängt sich der Eindruck auf, als ob besondere Anstrengungen zur Erkrankung an P. disponierten. Nach einem anstrengenden Sportfest erkrankten von 107 Internatsschülern 11 akut an P. Nach einem 2. Sportfest nach 8 Tagen erkrankten 6 Schüler. 11 Tage nach dem 2. Sportfest, im Anschluss an sportliche Veranstaltungen zum Schulschluss erkrankten 3 weitere Personen, die sich beteiligt hatten. Von den übrigen Internatsschülern erkrankte nur einer an P. Auch längere Eisenbahnfahrten werden als auslösende Ursache beschuldigt. Ich habe 2 Kinder in der Klinik, die im Anschluss an die Reise von Düsseldorf nach Krakau an P. erkrankt sind. Auch P. nach peripherem Trauma wurde beschrieben. Feststehend ist, dass ein heriditär-konstitutioneller Faktor für die P. sehr bedeutsam ist, wie wir eigentlich bei allen Krankheiten apriorisch veraussetzen müssen. An praktischer Folgerung der exogenen Bedingungen zur Auslösung der P. entnehmen wir, dass in Epidemiezeiten übertriebene körperliche Anstrengungen zu vermeiden sind und dass tunlichst Erkältungen zu verhüten sind, um die unspezifische "Vorkrankheit" der P. zu verhindern.

Die Aufteilung der P. nach Art der Erkrankung ergibt folgende Typen:

1. nichtparetische Krankheitsformen,
2. abortive Formen,
3. paretische Formen,
   a. die spinale Form,
   b. die bulbären und pontinen Formen,
   c. die besonderen Formen.

Der bei der Schilderung des zeitlichen Ablaufen der P. charakterisierte Prozess kann nun in jedem Stadium zu Stillstand kommen. Ist der anatomische Vorgang noch auf die mesodermal-gliöse Reaktion beschränkt und die Ganglienzelle nicht nenneswert beteiligt, so tritt schnell Genesung ein, meist ohne dass der besondere Charakter der Erkrankung zu erkennen ist. Ist das Parenchym beteiligt, so resultieren funktionelle Ausfälle, die bei eingetretener Neuronophagie selbstverständlich irreparabel sind. Je nach Sitz der Läsion ergeben sich dann die dem motorischen Vorderhirnsyndrom entsprechenden schlaffen Lähmungen. Anzuführen ist, dass neben dem bekannten Prädilektionstyp der P. nicht ganz selten isolierte Fazialis-Lähmungen und Ausfälle umschriebener Muskelgruppen auftreten. So ist z.B. eine isolierte Atrophie der Interossei oder des Opponens ebenso wie eine "rheumatische" Fazialislähmung immer sehr verdächtig.

Eine Besprechung der wohl-charakterisierten manifesten P., auch der pontinen und bulbären Form erübrigt sich. Von den besonderen Formen sind die nach Art der Landryschen Paralyse auf- u. absteigenden Prozesse zu erwähnen, die meist sehr schnell ungünstig ausgehen.

Nicht selten findet man bei Kranken mit pseudoneurasthenische Zustandsbild und vielfachen vegetativen Störungen in der Vorgeschichte Angaben, die den Verdacht auf eine überstandene P. abortiva, non paretica nahelegen. Da das Krankheitsbild deutliche dienzephale Züge aufweist, besteht die Möglichkeit, dass die Krankheit in Zusammenhang mit den postinfektiösen Zwischenhirn-Syndrom /Schellong/ steht. Da wie oben angeführt, die akute P. eine klare dienzephale Symptomatik zeigt, ist zu vermuten, dass es sich hier um einen spezifischen Prozess handelt.

Die Diagnose der P. gründet vor allem auf dem Liquorbefund. Achsensymptom ist die Pleozytose, die Ausdruck der allgemeinen mesodermalen Reaktion auf die neurale Infektion ist. Die Eiweissveränderungen sind sehr gering. Die Kolloidkurven zeigen Neigung zur Linksverschiebung, in späteren Stadien überwiegen die Lueszacken. Der Zuckergehalt ist im Gegensatz zur Enzephalitis lethargika normal. Blutbefunde und Serodiagnostik spielen noch keine grosse Rolle.

Die Prognose ist immer ernst und mit Vorsicht zu stellen. Auch nach langen Jahren können sich an stationären Lähmungen noch

schwere fortschreitende Atrophien anschliessen. Ich vermute auch, dass sich mindestens einzelne Fälle von Dystrophia adiposogenitalis, vasomotorisch--trophische Störungen, Diabetes insipidus u.a. im Dienzephalon lokalisierbare Krankheiten ursächlich auch auf die P. zurückzuführen sind. Die diesbezüglichen Untersuchungen haben bisher eine Bestätigung dieser Ansicht gegeben.

Da der Krankheitsprozess in jedem Stadium zum Stillstand kommen kann, ist eine möglichst frühzeitige Diagnose von ganz enormer Wichtigkeit. Wenn wir auch bis heute noch keine spezifische Behandlung der P. kennen - auch das Rekonvaleszenten-Serum hat die Erwartungen nicht erfüllt - , so muss doch in jedem Falle eine sofortige Behandlung einsetzen.

Bei der Kölner Epidemie hat sich die Behandlung mit Serum, welches von abortiven Fällen und von längerer Zeit mit P. in naher Verbindung stehenden Pflegepersonen gewonnen wurde, am besten bewährt. Es ergibt sich auch hieraus die Notwendigkeit der Diagnose aller Fälle /Joppich/. Am günstigsten ist die Serumgabe naturgemäss in präparalyschen Stadium. Die Einspritzung erfolgt i.m. oder i.v., jedoch niemals intralumbal ! Ist Serum dieser Art nicht greifbar, so empfiehlt sich eine einfache Bluttransfusion. Medikamentöse Behandlung ist vollständig aussichtslos. Sehr bewährt haben sich Einwirkungen von Wärme oder Kälte auf die Wirbelsäule. Ganz besondere Sorgfalt ist der allgemeinen Krankenpflege zuzuwenden.

Zusammenfassend möchte ich nochmals eindringlich auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose für die individuelle Therapie und die Diagnose auch der nichtparetischen für die Epidemiologie und zur Gewinnung von Heilserum hinweisen.

- - - - -
- - - -
- - -
- -

Anordnung Nr. 12/42.

Gesundheitsbogen für Säuglinge und Kleinkinder

zu beziehen durch die Reichsdruckerei

Berlin SW 68, Oranienstr.90 - 94.

Zur Vereinheitlichung der Vorsorge und Fürsorge für den Säugling und das Kleinkind in allen Beratungsstellen für Mutter und Kind, Säuglingsfürsorgestellen und entsprechenden Einrichtungen wird hiermit der nachstehend abgedruckte einheitliche "Gesundheitsbogen für den Säugling und das Kleinkind" für verbindlich erklärt. Alle Dienststellen des Staates, der Gemeinden und der Partei, die auf dem Gebiet der Vorsorge für den Säugling und das Kleinkind tätig sind, haben in Zukunft diesen Gesundheitsbogen zu verwenden.

Der Gesundheitsbogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und der Schweigepflicht, zu der alle Mitarbeiter in der Säuglings - Für - und Vorsorge verpflichtet sind. Nur dem Arzt steht die Verfügung über den Bogen zu. Die Aufbewahrung erfolgt im Gesundheitsamt bezw. der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes oder der NSV. Bei Wohnungswechsel ist der Bogen dem für den neuen Wohnsitz zuständigen Gesundheitsamt zu übersenden zur Weitergabe an die jeweils zuständigen Beratungsstellen des Gesundheitsamtes oder der NSV. Nach Abschluss des Kleinkindesalters dient der Gesundheitsbogen für Säuglinge und Kleinkinder als Unterlage für den neu aufzustellenden Jugendgesundheitsbogen, dem er im Format und in den Farben gleicht.

Mit Rücksicht auf die Papierknappheit sind vorhandene bezw. bisher benutzte Formulare vorläufig weiter zu verwenden. Neue Bestellungen haben dagegen ausschliesslich auf den neuen Bogen zu lauten.

Aus technischen Gründen halte ich es für erforderlich, dass die in der Aussenvorsorge beschäftigten Fürsorgekräfte besondere Besuchsbogen führen, aus denen die notwendigen Vermerke auf die Gesundheitsbogen zu übertragen sind. Hierzu wird ein besonderer Vordruck empfohlen.

Siehe Veröffentlichung im deutschen Ärzteblatt Nr.26, 27, Seite 311.

München, den 4. September 1942. Dr. L. Conti.

Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
N S D Ärztebund
Amt für Volksgesundheit.

Der Reichsgesundheitsführer hat dem Gauamt für Volksgesundheit im Gau Sachsen die Geschäftsführung des Reichsausschusses für Rheumabekämpfung übertragen.

Bekanntmachung
der Abteilung Gesundheitswesen.

Die Hilfsstellen Mutter und Kind haben einen Posten Zitronen - u. Himbeersaft à 1 Liter zur Verfügung gestellt bekommen.

Eine kleine Anzahl Flaschen haben auch die 5 deutschen Apotheken im Generalgouvernement bekommen.

Für das deutsche Distriktskrankenhaus in Krakau wird ein Roentgenologe gesucht.-

Angebote an die amtliche Stellenvermittlung der Gesundheitskammer im Generalgouvernement in Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Es folgen:

Bekanntmachung über Verfallsdaten einiger Sera u. Impfstoffe wie auch Verordnung über den Einsatz von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe.
